

Diagnóstico participativo en usuarios/as con enfermedad renal crónica con respecto a su proceso de atención

Autoras/es:

Ignacio Hernández Sánchez. Enfermero. Licenciado en Enfermería, Universidad De Los Lagos, Puerto Montt.

Susan Oñate Vargas. Enfermera. Magíster en Gestión del Cuidado, Coordinadora Proyecto de centro de Diálisis Municipal – Puerto Montt, Región De Los Lagos.

Diego Elías Navarro. Ingeniero Civil Industrial, Universidad Austral de Chile. Profesional Administrativo del Centro de Diálisis.

Carlos Alberto Fernández-Silva. Enfermero. Magíster en Ciencias de la Educación, Profesor asociado en la carrera de Enfermería Universidad De Los Lagos, Campus Puerto Montt – Chile. Mail de correspondencia: carlosalberto.fernandez@ulagos.cl

Financiamiento: Sin financiamiento

Conflicto de interés: Sin conflicto de interés

Recibido: 18 de octubre de 2021

Aceptado: 15 de noviembre de 2021

DOI: <http://doi.org/10.22370/bre.71.2022.3200>.

› Resumen

Introducción: La enfermedad renal crónica es un problema de salud pública que requiere de la participación activa de los individuos que la padecen para lograr una buena adherencia a los tratamientos. **Objetivo:** Realizar un diagnóstico participativo para identificar problemáticas de pacientes con enfermedad renal crónica y su familias. **Desarrollo:** se realiza un diagnóstico participativo de las percepciones de salud de personas con enfermedad renal crónica, su familia y otros actores, en relación a las experiencias de su atención, lo que permitió identificar debilidades en las intervenciones de los equipos de salud, educación en salud y salud mental, siendo las problemáticas prioritarias para los usuarios/as las relacionadas con educación en salud e intervenciones de los equipos, desde las cuales se plantearon propuestas de solución. **Conclusión:** El diagnóstico participativo permitió evidenciar la importancia de explorar las percepciones de las personas con enfermedad renal crónica durante su proceso de atención, con el fin de garantizar cuidados desde una perspectiva integral.

› **Palabras claves:** Insuficiencia Renal Crónica, diagnóstico de la situación de salud en grupos específicos, Enfermería en Nefrología; Enfermería (DeCS- BIREME).

Participatory diagnosis in users with chronic kidney disease about their care process

› Abstract

Introduction: Chronic kidney disease is a public health problem that requires the active participation of individuals who suffer from it to achieve good adherence to treatment. **Objective:** To carry out a participatory diagnosis to identify problems of patients with chronic kidney disease and their families. **Development:** a participatory diagnosis is made of the health perceptions of people with chronic kidney disease, their families and other actors, in relation to their care experiences, which allowed us to identify weaknesses in the interventions of health teams, education in health and mental health, with the priority problems for users being those related to health education and team interventions, from which solution proposals were proposed. **Conclusion:** The participatory diagnosis made it possible to demonstrate the importance of exploring the perceptions of people with chronic kidney disease during their care process, in order to guarantee care from a comprehensive perspective

› **Keywords:** Kidney failure chronic, diagnosis of health situation in specific groups, nephrology nursing, nursing (DeCS- BIREME).

› Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública, que impacta en forma muy significativa a las personas que la padecen, su familia, la sociedad y al Sistema de Salud. La ERC implica un aumento en el riesgo de morbi-mortalidad cardiovascular (CV) puesto que se asocia directamente a enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión y a factores relacionados con estilos de vida (1). La evidencia científica indica que la ERC está subdiagnosticada e insuficientemente tratada, lo que conlleva a la pérdida de oportunidades para la prevención de la progresión de la enfermedad. Además, las consecuencias asociadas pueden ser prevenidas o postergadas, independiente de la causa de esta (1). En Chile se presenta un aumento sostenido y exponencial de personas con ERC y con requerimiento de diálisis (2). Para que se logre un buen resultado terapéutico con estos usuarios se debe considerar, que las personas con ERC tienen mejores resultados si asumen un rol activo en el manejo de su condición; empoderar a los usuarios y sus familias en el autocuidado en referencia a la salud renal (3), así como también capacitar activamente a los equipos de salud en el manejo integral de la ERC desde la promoción, prevención, prevención de la progresión, derivación a especialista y preparación para la diálisis, es tarea primordial para todos quienes trabajan en el ámbito de la salud renal. Por lo tanto, todo el proceso previo a la enfermedad es fundamental para que el usuario y su familia afronten de buena forma la enfermedad y retrase lo más posible la progresión, ya que, por ejemplo, el ingreso a diálisis es un acontecimiento crítico que requiere una preparación, donde la evidencia científica estima que debe ser de mínimo de 12 meses (1).

Considerando lo anterior, el escenario actual de

la ERC y la importancia de la prevención de ésta y de sus complicaciones, es que se establece la realización de proyecto que pretende diseñar un modelo de gestión en un Centro de Diálisis Municipal que contempló un diagnóstico de la Red de atención de la ERC de la comuna, el cual incluyó no solo el estudio y análisis de datos estadísticos epidemiológicos, sino que se establece la realización de una serie de diagnósticos participativos desde una mirada de los usuarios y comunidad, incorporando de esta manera, lineamientos relacionados a un enfoque integral y preventivo con la intención de reforzar intervenciones de salud y fortalecer la continuidad de los cuidados

El diagnóstico fue la primera actividad participativa con la comunidad y estuvo dirigido a personas con ERC en diálisis, sus familias y al equipo de voluntariado, cuya finalidad fue conocer la percepción del proceso salud-enfermedad (proceso previo a que se diagnosticara la ERC y el ingreso a diálisis); fortalezas, debilidades, problemáticas evidencias y el planteamiento de eventuales soluciones.

› Metodología

Se empleó la metodología del diagnóstico participativo teniendo en cuenta que ésta permite comprender las situaciones que afectan a grupos sociales en contextos concretos, además de los factores que influyen, y las posibles consecuencias desde la visión de las personas (4), representando un aporte en la etapa de valoración del proceso de enfermería, cuando se aplica entornos comunitarios. Esta metodología guarda relación con técnicas de recolección de información de tipo cualitativo, sin embargo, permite establecer priorización de los aspectos evidenciados a través de parámetros numéricos, tal como se mostrará en la descripción del caso.

En el diagnóstico desarrollado se trabajó con 43 personas: 24 usuarios/as, 9 moderadores/as (enfermeras/os en formación), 4 miembros del proyecto de diálisis municipal, 3 profesionales del Departamento de Salud Municipal y 3 miembros del voluntariado.

Se consideró como criterios de inclusión a los usuarios/as que fuesen beneficiarios/as del sistema público en salud, con diagnóstico de enfermedad renal crónica, que pertenezcan al Programa de Salud Cardiovascular de un Centro de Salud de la comuna o al voluntariado.

Una vez seleccionados los participantes, se realizó la actividad considerando la guía de diagnóstico participativo, información que fue recabada por parte del equipo que realiza la atención de los usuarios/as. Una vez obtenida la información, esta se analizó basado en la herramienta metodológica de la Fundación Arcor, con la cual se logra realizar una síntesis de las ideas, en una idea general y se le asignó un puntaje por la cantidad de elementos contenidos en la dimensión en la cual fue integrada.

El rigor ético se establece a través de la firma de consentimiento garantizando el anonimato y la confidencialidad de la información respetando de esta forma los principios consagrados en la legislación referente a la protección de la vida privada en Chile (Ley 19.628).

› Descripción del caso

Este estudio de caso se realizó en un Centro de Diálisis Municipal, donde para poder efectuar el diagnóstico participativo, se registró a las personas en una hoja de asistencia y se les entregó un distintivo con su nombre, posteriormente se distribuyeron en 4 grupos que tuvieron entre 5 y 7 usuarios/as, 2 moderadores/as y 1 miembro del

proyecto de diálisis.

La actividad se realizó en una jornada que contempló 4 etapas:

- La primera pretendió evidenciar las ideas generales del proceso de salud enfermedad desde la experiencia de cada usuario/a, y cuales según su percepción son las fortalezas, debilidades y necesidades del proceso previo a la diálisis.
- La 2ª etapa, se consideró dejar plasmadas las principales problemáticas percibidas por los usuarios/as, en consideración de facilitar el proceso en cuatro ámbitos: Promoción de salud, prevención de la ERC, prevención de la progresión de la ERC, complicaciones cardiovasculares y preparación para ingresar a diálisis.
- En la 3ª etapa se recogió las soluciones que plantearon los usuarios/as según los problemas plasmados en la etapa anterior de acuerdo con los mismos ámbitos.
- La 4ª etapa y final, se enfocó en la priorización de las soluciones.

Durante las etapas de este proceso, se siguieron los lineamientos de la Guía de Diagnóstico Participativo, que establece que luego de ser recolectada la información, ésta debe ser ordenada, para facilitar su análisis y clasificación (4). Se tomó como guía general la herramienta metodológica de la Fundación Arcor: el Educómetro (5), que propone una matriz integradora en la que se sistematiza la información relevante, esta matriz se divide en dimensiones, identificando temáticas que se repiten en torno a las ideas de quienes participan.

Inicialmente se realizó la transcripción literal de todo el material contenido en los papelógrafos, la información quedó recopilada en una plantilla

Excel®, luego se agruparon los elementos, según el papelógrafo en cual estaba contenida la información, y se agrupó por los siguientes ítems de análisis:

- Análisis Proceso de Salud Enfermedad
- Análisis de Fortalezas, debilidades y necesidades
- Análisis Priorización de problemáticas.
- Análisis Lluvia de Ideas, Soluciones
- Análisis Priorización de Soluciones

Posteriormente se realizó una lectura exhaustiva de los resultados, de esta forma y considerando elementos macro que pudieran abordar a las ideas expuestas, se establecieron dimensiones:

- Intervenciones de los equipos de salud (IES)

- Social, familiar y económica (SFE)
- Salud Mental (SM)
- Educación en Salud (EES)
- Atención Primaria de Salud (APS)
- Autocuidado (AUT)
- Otros (O)

A partir del análisis de la información relacionada con el proceso salud-enfermedad, emergieron tres dimensiones prioritarias: en primer lugar, las intervenciones de los equipos de salud haciendo énfasis en aspectos como el seguimiento y el contexto individual de cada usuario/a; en segundo, lugar aspectos sociales, familiares y económicos, y en tercer lugar aspectos relacionados con la salud mental (Tabla 1).

TABLA 1. ANÁLISIS DEL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD

Dimensión	Ideas resumidas
Intervenciones de los equipos de salud (IES) Cantidad de ideas por dimensión: 8 IES	<ul style="list-style-type: none"> • Falta seguimiento a los usuarios en el proceso de salud enfermedad • No se contempla la realidad individual de cada usuario/a.
Social, familiar y económica (SFE) Cantidad de ideas por dimensión: 5 SFE	<ul style="list-style-type: none"> • La familia es el pilar fundamental para llevar la enfermedad. • La enfermedad renal crónica conlleva problemas económicos y a nivel de las dinámicas familiares.
Salud Mental (SM) Cantidad de ideas por dimensión: 4 SM	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de intervenciones en salud mental durante el Proceso de Salud Enfermedad
Educación en Salud (EES) Cantidad de ideas por dimensión: 1 EES	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo algunos profesionales educan a los usuarios/as.
Atención Primaria de Salud (APS) Cantidad de ideas por dimensión: 1 APS	<ul style="list-style-type: none"> • No recibieron actividades de promoción ni de prevención previo a la enfermedad.
Autocuidado (AUT) Cantidad de ideas por dimensión: 1 AUT	<ul style="list-style-type: none"> • No se hicieron cargo de su salud

Fuente: Elaboración propia

Respecto de las fortalezas y debilidades, se pudo apreciar que las primeras fueron más escasas, agrupándose en 3 dimensiones emergentes: intervención de los equipos de salud, autocuidado y otros. Por su parte las debili-

dades y necesidades, arrojaron una cantidad mayor de elementos, destacándose las dimensiones de intervenciones de los equipos de salud, educación en salud y salud mental (Tabla 2).

TABLA 2. ANÁLISIS DE FORTALEZAS, DEBILIDADES Y NECESIDADES

Dimensiones	Fortalezas	Debilidades y necesidades
Intervenciones de los equipos de salud (IES) Cantidad de ideas por dimensión: 14 IES	✓ Consideran la diálisis como sinónimo vida. ✓ Se sienten seguros/as en los centros públicos de salud (Hospital público regional)	<ul style="list-style-type: none"> Falta acompañamiento integral de los usuarios/as por parte de un equipo multidisciplinario. Falta énfasis en la realidad de cada usuario Déficit de profesionales nefrólogos y de cupos para para diálisis.
Educación en Salud (EES) Cantidad de ideas por dimensión: 11 EES		<ul style="list-style-type: none"> Falta educación en todo el proceso de salud enfermedad, desde la promoción y prevención, hasta la preparación previa a diálisis e incluir a la familia en el proceso.
Salud Mental (SM) Cantidad de ideas por dimensión: 5 SM		<ul style="list-style-type: none"> Falta apoyo emocional y psicológico, no existe énfasis en la salud mental y no se prepara psicológicamente a las personas y la familia para enfrentar la enfermedad.
Atención Primaria de Salud (APS) Cantidad de ideas por dimensión: 4 APS		<ul style="list-style-type: none"> Falta enfoque en prevención y promoción, aumentar el seguimiento de los usuarios/as diagnosticados/as, muchos no están inscritos en centros de salud, y aumentar el diagnóstico oportuno de la enfermedad renal.
Autocuidado (AUT) Cantidad de ideas por dimensión: 2 AUT	✓ Con el diagnóstico de la enfermedad se toma conciencia y comienzan a implementar actividades de autocuidado	
Otros (O) Cantidad de ideas por dimensión: 4 O	✓ Infraestructura (haciendo relación a las instalaciones del Hospital regional)	<ul style="list-style-type: none"> Falta apoyo a la gente de zonas rurales y mejorar el transporte de esas personas, mejorar la calidad de las maquinas e infraestructura, aumentar la disponibilidad de medicamentos y mejorar la colación de las diálisis.

Fuente: Elaboración propia

Las principales dimensiones evidenciadas en el análisis de la priorización de problemáticas, fueron las relacionadas a la educación en salud, las intervenciones de los equipos de salud, y final-

mente la de salud mental. Es de mencionar que la de educación en salud fue una constante en los 4 ámbitos (promoción, prevención, prevención de la progresión y preparación para diálisis) (Tabla 3).

TABLA 3. ANÁLISIS PRIORIZACIÓN DE PROBLEMÁTICAS

Ámbito	Dimensión			
	Educación en Salud (EES)	Intervenciones de los equipos de salud (IES)	Salud Mental (SM)	Otros (O)
Promoción de Salud	Escasa educación sobre la enfermedad renal crónica, sus factores de riesgo y factores protectores.			Insuficiente Personal de salud y falta humanización de los cuidados.
Prevención de ERC	Falta de educación sobre la prevención de enfermedad renal crónica y sobre la pesquisa precoz, indicaciones de salud no atingentes a la realidad de los usuarios.	Déficit de seguimiento a los usuarios y ausencia de pesquisa a temprana edad		Falta Humanización de los Cuidados
Prevención de la Progresión de la enfermedad	Falta de educación que involucre al usuario y a la familia, en relación al autocuidado de la persona con enfermedad renal crónica.	Ausencia de acompañamiento al usuario enfermo y diagnóstico tardío de la enfermedad, pocos controles de salud una vez diagnosticada la enfermedad.	Falta de orientación y apoyo psicológico al usuario con la enfermedad	
Preparación para la diálisis	Falta de educaciones a las voluntarias que trabajan con los usuarios en diálisis	Ausencia de equipo multidisciplinario para la preparación previa a diálisis	Falta de Apoyo psicológico y preparación para la diálisis, tanto para el usuario como para la familia	
Cantidad de ideas por dimensión	12 EES	8 IES	4 SM	3 O

Fuente: Elaboración propia

Respecto de las soluciones, las personas participantes proponen una mayor cantidad de acciones relacionadas con la educación en salud, y en las intervenciones a los equipos de salud, sin embar-

go, en cuanto a la salud mental y otros aspectos establecen una observación por cada una, sin que sea menos relevantes en el contexto que se está presentando (Tabla 4).

TABLA 4. ANÁLISIS DE PRIORIZACIÓN DE SOLUCIONES

Ámbitos	Dimensiones			
	Educación en Salud (EES)	Intervenciones de los equipos de salud (IES)	Salud Mental (SM)	Otros (O)
Promoción de Salud	Aumentar los espacios educativos en todas las etapas del ciclo vital, en los distintos lugares de encuentro de la sociedad, como lugares estudio (escuelas, colegios, universidades, entre otros), redes sociales. Incluir la capacitación a los funcionarios/as de salud.			Cuidado humanizado desde los profesionales de salud.
Prevención de enfermedad crónica.	Implementar talleres de cocina y orientación de compra de alimentos.	Realizar exámenes de pesquisa desde temprana edad (niños, jóvenes), en personas con factores de riesgo y poner mayor énfasis en lo preventivo que lo curativo, por ende, aumentar los controles preventivos.		
Prevención de la Progresión de la Enfermedad	Educar y capacitar a los usuarios/as con ERC y a sus familias, reforzar el autocuidado.	Contar con un programa exclusivo para enfermos renales, que cuente con, talleres, controles periódicos, y seguimiento de los usuarios y también a las familias		
Preparación para Diálisis	Implementar, guías anticipatorias para los usuarios, que contemplen educaciones en los ámbitos de la alimentación (talleres de cocina, entre otros).	Contar con un equipo multiprofesional para la preparación previa a diálisis.	Implementar una red de salud mental para los usuarios que ingresan a diálisis.	
Cantidad de ideas por dimensión	11 EES	8IES	1 SM	1 O

Fuente: Elaboración propia

» **Discusión y conclusiones:**

Los resultados del diagnóstico evidencian la necesidad del tamizaje oportuno y el fortalecimiento de conductas de autocuidado preventivo tanto antes de la aparición de la enfermedad renal crónica como cuando las personas cursan con ella, siendo relevante el papel de la atención primaria en salud, tal como se ha identificado en algunas

publicaciones (6-8). En este contexto es pertinente mencionar los postulados de la teoría de Dorothea Orem, desde los que se plantea que dicha conducta es aprendida, por tanto, proviene de personal con los conocimientos para realizarlo, bien sea desde la agencia de enfermería, como desde un agente terapéutico (9).

En este sentido, se requiere contar con personal

de salud que esté capacitado para brindar orientaciones pertinentes a las necesidades de las personas, siendo necesario que esta capacitación incluya aspectos no sólo técnicos sino también de humanización de la atención y fundamentos éticos del cuidado (10,11), más aún si se tiene presente los hallazgos del diagnóstico referentes a la insatisfacción de algunos usuarios/as frente al trato recibido.

Aunque no fue explícito por parte de las personas participantes, se puede evidenciar que sus cuidados se han efectuado desde la perspectiva biomédica, representando un reto para los equipos realizar el cambio hacia el paradigma biopsicosocial – espiritual, que resulta pertinente para lograr la implementación de cuidados de forma integral (12-15).

Otro de los aspectos a destacar, guardó relación con la falta de apoyo en cuanto a medidas específicas de salud mental, en las que se incluya tanto a los usuarios/as como a su entorno familiar, lo que resulta relevante en personas que vivencian situaciones crónicas de salud, las que implican cargas emocionales que afectan diferentes dimensiones, entre ellas la individual, familiar, social, y laboral, entre otras (16-18).

Para los/as profesionales de enfermería, el propender por estas medidas como parte de la gestión del cuidado es un asunto deontológico(11), puesto que, desde la ciencia del cuidar se establece la obligación de incorporar intencionadamente la valoración del entorno como parte los componentes del metaparadigma (19,20); conllevando la necesidad de realizar acciones de detección temprana de alteraciones para generar el vínculo con los/as profesionales de otras áreas, fomentando el abordaje multiprofesional (21,22).

La gestión del cuidado también se vincula según

los hallazgos referidos por los/as participantes, con la necesidad de acciones de seguimiento, estando este concepto enmarcado en la continuidad de los cuidados como parte de la calidad de los mismos (20), y a su vez como uno de los principios del modelo de salud decretado en Chile. En este sentido se genera la necesidad de contar con profesionales de enfermería que realicen estas funciones, generando los vínculos entre los diferentes niveles de atención, lo que contribuye significativamente al bienestar de los usuarios/as (23).

En consideración de lo anteriormente expuesto, es relevante mencionar que el proceso que vivencian las personas con enfermedad renal crónica tienen varias aristas, y todas ellas interfieren real o potencialmente en su calidad de vida, es por ello que se requiere fortalecer la relación terapéutica de cuidado(24), con el fin de explorar intencionadamente sus percepciones, además de fortalecer el desarrollo de capacitaciones a los equipos sanitarios, aportando de esta manera a la prestación de servicios integrales, en los cuales las/os profesionales de enfermería tienen un rol relevante en cuando a el liderazgo de los equipos de salud(23, 25,26).

Se reconoce como limitaciones que los resultados del diagnóstico corresponden a un ejercicio asistencial y no a una investigación como tal, motivo por el cual es importante el desarrollo de investigaciones cualitativas o cuantitativas que permitan explorar y profundizar en los hallazgos.

› Bibliografía

1. Daugirdas, J. Manual de Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. 1 Ed. University of Illinois- Chicago: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2012, 638p.

2. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínicas GES prevención secundaria de la enfermedad renal crónica. Santiago de Chile; 2017. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/01/2017.10.24_ENFERMEDAD-RENAL-CRONICA.pdf
3. Carrillo Vega MF, Pelcastre Villafuerte BE, Salinas Escudero G, Durán Arenas L, López Cervantes M. Empoderamiento y apoyo social en pacientes con enfermedad renal crónica: estudio de caso en Michoacán, México. *Rev Panam Salud Publica* 2017; 41:e164. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2017.164>
4. Corporación Red América. Guía de diagnósticos Participativos y desarrollo de base. Bogotá: Red América; 2014, 44p.
5. Fundación Arcor. Manual de Aplicación, Educómetro. Córdoba: Fundación Arcor; 2012, 230p.
6. Suellen Antero Travagim D, Alves de Oliveira Oller GAS, Pilotto de Oliveira M, Kusumota L. Chronic Kidney Disease Prevention: Intervention in Assistance Practice in a Family Health Team. *Revista de Enfermagem UFPE* 2016; 10(9):3361–8.
7. Bencomo Rodríguez O. Enfermedad Renal Crónica: prevenirla, mejor que tratarla. *Rev cuba med gen integr* 2015; 31(3):353–62. Disponible en: <http://www.revvmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/66>
8. Rico-Landazábal A, Perea D, Garizabalo O, Sanabria M, Vesga J, Ronderos I, et al. Programa de prevención de la enfermedad renal crónica basado en redes integradas de servicios en Colombia. *Rev. Salud Pública* 2017; 19(2):171–6. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000200171
9. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Méd Espirit* 2017; 19 (3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
10. Santamaría NP, Rodríguez KA, Carrillo GM. Percepción de comportamiento de cuidado de enfermería en adultos con terapia renal de diálisis peritoneal y hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2019; 22 (3): 284–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000300007>
11. Gundelach P. Sustento ético del cuidar: de la filosofía a la disciplina. *Benessere Revista de Enfermería* 2016; 1 (1): 68-74. DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.11.2016.1340>
12. Cuba-Fuentes M, Contreras Samamé JA, Ravello Ríos PS, Castillo Narro MA, Coayla Flores SA. La medicina centrada en el paciente como método clínico. *Rev Med Hered* 2016; 27 (1): 50-59. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a09v27n1.pdf>
13. Hernández Mariano JA, Castañeda Márquez AC, Burciaga Galván CY, Garvalena Vázquez MJ. Calidad de vida en pacientes con tratamiento sustitutivo renal: diálisis peritoneal continua ambulatoria y hemodiálisis. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.* 2014; 4(1):67-74. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/108/calidad-de-vida-en-pacientes-con-tratamiento-sustitutivo-renal-dialisis-peritoneal-continua-ambulatoria-y-hemodialisis/>
14. Chong Daniel A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2012; 28 (2): 79-86.
15. Parra Giordano D. Revolución científica de la salud familiar en Chile. *Enfermería Actual de Costa Rica* 2016;(31):243–53. DOI: <http://dx.doi.org/10.22370/bre.11.2016.1340>

org/10.15517/revenf.v0i31.23159

16. Grau Abalo JA. Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Sociedad* 2016; 7(2):138-166. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439747576002>

17. Mendoza Mendoza H, González Vera R, Ferramoso NL, Arzate Robledo R. Impacto de la atención psicológica en el paciente con insuficiencia renal crónica. *Revista electrónica de Psicología de Iztacala [internet]* 2016; 19 (3): 972-993. Disponible en: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol19num3/Vol19No3Art7.pdf>

18. Díez-Canseco F, Ipince A, Toyama M, Benate-Galvez Y, Galán-Rodas E, Medina-Verástegui JC, et al. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(1):131-6. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2014.311.19>

19. Siles González J. Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Av. Enferm*. 2010.28 (NE):120-128

20. San Martín Rodríguez L. Una reflexión en torno a las “ciencias de la enfermería” *Enfermería Clínica* 2008; 18 (5): 262-268. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621\(08\)72385-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621(08)72385-4)

21. Lizama-Lefno Andrea. Multidisciplinaria en el manejo de enfermedades crónicas. *An. Fac. med.* 2016; 77(3): 263-267. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i3.12415>

22. Méndez N, Rodríguez V, Orellana A, Valenzuela S. Intervención de enfermería en la promoción de salud de las personas en hemodiálisis, una mirada desde la disciplina: Revisión integrativa. *Enfermería: cuidados humanizados* 2020; 9(1)

: 54-64. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2166>

23. Estefo Agüero S, Paravic Klijn T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. *Cienc. enferm*. 2010; 16(3): 33-39. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300005>

24. González Nahuelquín C. Como comunicamos las/os enfermeras/os: una reflexión necesaria. *Benessere Revista de Enfermería* 2018; 2 (1). DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.21.2017.1329>

25. Guerrero-Núñez S, Cid-Henríquez P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*. 2015;15(1):129-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.12>

26. Mendes IAC, Ventura CAA, Trevizan MA, Marchi-Alves LM, Souza-Junior VD. Educación, liderazgo y colaboraciones: potencialidades que la enfermería puede dar a la Cobertura Universal de Salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2673; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1092.2673>